

Krankenhaus-Report 2008/2009

„Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 229-240



15	Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz	229
	<i>Gregor Leclerque und Jörg Friedrich</i>	
15.1	Einführung.....	229
15.2	Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets.....	229
15.2.1	Gewinner und Verlierer	231
15.2.2	Abstand zum LBFW	232
15.2.3	Annäherung an den LBFW	233
15.3	Allgemeine Budgetentwicklung	234
15.3.1	Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten.....	234
15.3.2	Budgetverteilung.....	236
15.4	Entwicklung der Basisfallwerte	238
15.5	Fazit	240
15.6	Literatur.....	240

15 Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz

Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Abstract

Im Rahmen der Einführung der G-DRGs soll die von Krankenhaus zu Krankenhaus noch sehr unterschiedliche Entlohnung für die einzelnen Leistungen auf ein landesweit einheitliches Niveau angepasst werden. Bereits im vergangenen Jahr wurde gezeigt, dass dieser sogenannte Konvergenzprozess nicht so abläuft, wie die gängige idealtypische Darstellung vermuten lässt. Auf Grundlage neuer Daten werden diese Befunde bestätigt. Während bei der Betrachtung einzelner Krankenhäuser deutliche Abweichungen von der als stetig angenommenen Annäherung der krankenhausesindividuellen Vergütungssätze an den Landesbasisfallwert feststellbar sind, gibt es dessen ungeachtet insgesamt dennoch eine klare Konvergenz. In diese Richtung wirkt auch der Umstand, dass sich die auf Ebene der Länder festgelegten Landesbasisfallwerte stärker aneinander angeglichen haben. Aus diesem Blickwinkel betrachtet verspricht der Konvergenzprozess, sein Ziel zu erreichen.

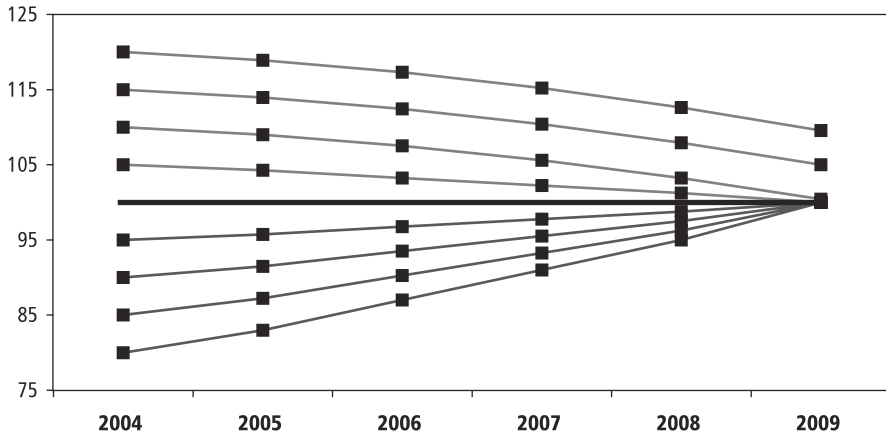
In the context of the G-DRGs introduction, the reimbursement of individual services which still differs from hospital to hospital is to be adjusted on a nationwide uniform level. As we already showed in last year's Krankenhaus-Report, the so-called convergence process does not run as the common ideal representation suggests. Based on new data, these findings are confirmed. While significant deviations from the supposedly continuous convergency of individual hospitals' reimbursement rates to the respective state's base rate can be found, there is nevertheless still a clear overall convergence. This is conformed by the fact that state base rates approximate each other more and more. From this perspective the convergence process seems to achieve its goal.

15

15.1 Einführung

Ein Kernelement der G-DRG-Einführung in Deutschland ist die sukzessive Anpassung der krankenhausesindividuellen Budgets an einen jährlich zu vereinbarenden Orientierungswert: den Landesbasisfallwert (LBFW). In der Folge nähert sich auch die hausesindividuelle Vergütung während der sogenannten Konvergenzphase in den Jahren 2005 bis 2009 schrittweise an dieses Niveau an. Idealtypischerweise findet diese Konvergenz in Form eines kontinuierlichen Prozesses statt (Abbildung 15–1). Die Basisfallwerte der Konvergenzgewinner, also jener Krankenhäuser, die bislang wirtschaftlicher als mit diesem Durchschnittswert am Markt agierten, nähern sich

Abbildung 15–1

Idealtypische Darstellung der Konvergenz von Basisfallwerten gegen den LBFW, indiziert auf 2004

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

von unten an den LBFW an. Diese Häuser verzeichnen im Zuge der Konvergenzanpassung eine kontinuierlich zunehmende Budgetsumme insgesamt und eine steigende Vergütungshöhe im Einzelfall. Spiegelbildlich hierzu werden die Basisfallwerte der vergleichsweise unwirtschaftlichen Einrichtungen schrittweise auf das Niveau des LBFW abgesenkt. Eine Obergrenzenregel begrenzt die Budgetanpassung der Konvergenzverlierer auf einen definierten prozentualen Anteil des individuellen Budgets.¹ Am Ende des Konvergenzprozesses im Jahre 2009 werden Krankenhausleistungen im DRG-Bereich auf Ebene der Bundesländer mit einem einheitlichen Preis pro Bewertungsrelation vergütet.

Bereits im vergangenen Jahr wurde an dieser Stelle dargelegt, dass der Konvergenzprozess in der Realität nicht dieser idealtypischen Form folgt (Friedrich et al. 2008). Beginnend mit 2004, also dem letzten Jahr vor der Konvergenz, ließ sich zwar bis 2006 im Gesamtbild tatsächlich eine Annäherung der einzelnen Basisfallwerte an den jeweiligen Landesbasisfallwert feststellen, für das einzelne Haus jedoch verläuft der Prozess keineswegs so kontinuierlich wie in der Theorie.

Der vorliegende Beitrag stellt aufbauend auf Friedrich et al. (2008) eine ergänzende Bestandsaufnahme der Entwicklung dar. Basierend auf den Vereinbarungs-AEBs der Jahre 2005 bis 2007 wird die Budgetentwicklung für diesen Zeitraum analysiert. Hierbei wurden jene Krankenhäuser berücksichtigt, für die über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg Daten vorlagen. Dabei beschränkt sich die Darstellung auf solche Krankenhäuser, die über den beobachteten Zeitraum hinweg als eigenständige Einrichtungen existierten, das heißt, die nicht in den Markt ein-

¹ Eine ausführliche Darstellung des Konvergenzmechanismus findet sich im Krankenhaus-Report 2007 (Friedrich/Leclerque/Paschen 2007).

oder ausgetreten sind oder im Rahmen einer Fusion an ein anderes Haus angeschlossen wurden. Mit 1 452 entspricht dies circa 87% derjenigen Häuser, die im Jahr 2007 DRGs zur Abrechnung brachten.

15.2 Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets

15.2.1 Gewinner und Verlierer

Im Jahr 2005 zählten 778 der insgesamt 1 452 hier betrachteten Krankenhäuser zu den Gewinnern. Dies entspricht 53,6%. Über die Jahre stieg die Zahl der Gewinner deutlich an. 2006 machten sie bereits 60,3% der Einrichtungen, 2007 sogar 64,5% der Einrichtungen aus. Eine noch deutlichere Zunahme lässt sich bezüglich der Budgetanpassungen feststellen, welche die Gewinnerhäuser im Rahmen des Konvergenzprozesses erhalten haben. Sie stiegen in der Summe von knapp 181 Mio. € im Jahr 2005 auf mehr als 432 Mio. € zwei Jahre später an (Tabelle 15–1).

Spiegelbildlich zur Zunahme des Anteils an Gewinnern ging der Verliereranteil von 46,4% im Jahr 2005 auf nur noch 35,5% im Jahr 2007 zurück. Die Summe der Budgetanteile, welche die Verlierer abgeben mussten, blieb im Vergleich zu den Zugewinnen der Gewinnerhäuser bemerkenswert konstant und lag mit einer Größenordnung zwischen 165,4 und 176,4 Mio. € deutlich unterhalb der Summe der Zugewinne.

Der Anteil der geschonten Häuser an den Verlierern, also derjenigen, die aufgrund der Obergrenzenregelungen nicht den vollen Konvergenzschritt vollziehen mussten, ist unabhängig davon zurückgegangen. Dies ist nicht verwunderlich, da aufgrund der gesetzlichen Vorgabe im Zeitverlauf die Grenze, bis zu der die volle Anpassung vollzogen werden muss, schrittweise erhöht wurde. 2005 konnte ein Verliererhaus maximal 1,0% seines Budgets verlieren, 2007 waren es hingegen bis zu 2,0%. Dementsprechend kamen 2005 mit 47,5% der Verliererhäuser noch fast

Tabelle 15–1

Gewinner, Verlierer und Geschonte 2005 bis 2007

	Gewinner	Verlierer	davon: geschont
Anteile der Krankenhäuser (in %)			
2005	53,6	46,4	47,5
2006	60,3	39,7	39,9
2007	64,5	35,5	33,7
Budgetanpassung (in Mio. €)			Schonbetrag
2005	181,3	-171,9	83,8
2006	317,4	-176,4	68,6
2007	432,4	-165,4	47,8

die Hälfte in den Genuss der Schonung 2007 nur noch ein Drittel. Entsprechend sank auch der Schonbetrag, d. h. jener Betrag, den die Verliererhäuser aufgrund der Obergrenzenregelung nicht entrichten mussten. Er ging im Verlauf der drei hier betrachteten Jahre von 83,8 Mio. € auf 47,8 Mio. € zurück.

15.2.2 Abstand zum LBFW

Um die unterschiedlichen Entwicklungen auf der Gewinner- und Verliererseite deutlich zu machen, werden die betrachteten Krankenhäuser gegenüber dem jeweiligen Landesbasisfallwert des Jahres 2006 positioniert und in insgesamt zehn Gruppen unterteilt. Hierzu wurde zunächst eine Unterscheidung zwischen Konvergenzgewinnern und -verlierern vorgenommen. Jede dieser Hauptgruppen wurde anschließend in Quintile unterteilt.

Ausschlaggebend für die Reihung ist derjenige prozentuale Anteil am Budget, den das jeweilige Krankenhaus hätte abgeben müssen, wenn eine sofortige Umstellung auf eine Entlohnung nach LBFW eingeführt worden wäre („Spontankonvergenz“).² Dieser Wert drückt unter Berücksichtigung aller an der Konvergenz betei-

Tabelle 15–2

Beschreibung der Gruppen und Verhalten im Konvergenzverlauf

Gruppe	2005			Weiterentwicklung 2005 bis 2007		
	Anzahl Krankenhäuser	durchschn. Bettenzahl	Grenzen der Positionierung ggü. LBFW 2005	davon: Statuswechsler von 2005 nach 2007 absolut	in %	Annäherung an den LBFW 2007
V5	135	326	-11,6%	11	8,1%	86,7%
V4	135	374	-7,8%	34	25,2%	79,3%
V3	135	401	-4,5%	42	31,1%	77,8%
V2	135	331	-1,8%	61	45,2%	54,8%
V1	134	356	0,0%	93	69,4%	19,4%
G1	155	288	0,0%	40	25,8%	23,9%
G2	155	284	2,5%	24	15,5%	54,8%
G3	156	265	5,5%	8	5,1%	62,2%
G4	156	254	9,8%	4	2,6%	84,0%
G5	156	149	16,1%	5	3,2%	91,0%
Verlierer	674	357		241	35,8%	63,6%
Gewinner	778	248		81	10,4%	63,2%
Gesamt	1452	303		322	22,2%	63,4%

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

² Konkret: B2 Position 21 „Zwischenergebnis“/B2 Position 15 „Veränderter Ausgangswert nach Absatz 4“

ligten Budgetanteile aus, wie weit jedes einzelne Krankenhaus vom jeweiligen Landesbasisfallwert entfernt liegt und ist somit einer Berechnung anhand des Verhältnisses vom BFW zum LBFW überlegen.³ Dabei zeigt sich, dass die Gruppe V5, also diejenigen 20% der Verliererhäuser, die am weitesten vom LBFW entfernt sind, mindestens 11,6% ihres Budgets bei Spontankonvergenz hätten abgeben müssen. Bei den Gewinnern fällt der Abstand zum LBFW – absolut betrachtet – sogar noch deutlicher aus. Die stärksten Gewinner hätten bei Spontankonvergenz 16,1% oder mehr ihres Budgets hinzugewonnen. Andererseits bewegt sich die Gruppe G1 in einem Bereich zwischen 0% und 2,5% Abweichung vom Landesbasisfallwert. Bei der Verlierergruppe V1, also denjenigen 20% der Verlierer, die am nächsten zum LBFW liegen, ist die Spannweite sogar noch geringer, nämlich zwischen 0% und -1,8% Unterschied zum LBFW. Tendenziell sind die Verliererhäuser, gemessen an der Bettenzahl, größer als die Gewinner (Tabelle 15–2).

15.2.3 Annäherung an den LBFW

Nach dem Idealbild der Konvergenz gibt es für die Krankenhäuser nur eine Richtung, nämlich hin zum LBFW, wobei sich Verlierer von oben, Gewinner von unten annähern. Tatsächlich lässt sich jedoch nur bei 63,4% der Krankenhäuser feststellen, dass sie 2007 näher am LBFW lagen als 2005. Die restlichen 36,6% haben sich sogar entgegen der Konvergenz vom LBFW entfernt. Dabei lässt sich erkennen, dass sich tendenziell diejenigen Häuser auf den LBFW zubewegt haben, die anfangs besonders weit entfernt waren, also insbesondere die Gruppen V5 und G5. Bei den LBFW-nahen Gruppen hingegen hat sich mehrheitlich eine Bewegung vom LBFW weg ergeben.

Im Zeitraum 2005 bis 2007 wechselten von den betrachteten 1 474 Krankenhäusern 322 ihren Status, das heißt, sie wurden von Verlierern zu Gewinnern oder umgekehrt. Die Mehrheit hiervon, nämlich 241, waren 2005 Verlierer gewesen, hatten sich aber bis 2007 zu Gewinnern entwickelt. Bei 81 Häusern verlief die Entwicklung in umgekehrter Richtung (Tabelle 15–2).

Erwartungsgemäß ist der Anteil an Statuswechseln in den LBFW-nahen Gruppen V1 beziehungsweise G1 am ausgeprägtesten. Deutlich mehr als die Hälfte derjenigen Krankenhäuser, die sich 2005 in der Gruppe V1 befanden, nämlich 69,4%, wurden 2007 zu Gewinnern. In umgekehrter Richtung hatten sich 25,8% der G1-Häuser zu Verlierern gewandelt. In den Gruppen V5 und G5, die sich 2005 durch die größte Distanz zum LBFW auszeichneten, ist der Anteil der Statuswechsler demgegenüber viel geringer. Dennoch gibt es auch hier Krankenhäuser, die sich von krassen Verlierern zu Gewinnern entwickelt haben oder umgekehrt. Insgesamt zeigt der hohe Anteil von 22,2% Statuswechslern, dass der Konvergenzprozess auch im Zeitraum 2005 bis 2007 nicht gleichförmig verläuft.

³ An dieser Stelle sei auf die Rolle der Überlieger am Jahresbeginn verwiesen, deren Berücksichtigung bundesweit variiert.

15.3 Allgemeine Budgetentwicklung

15.3.1 Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten

Nach der idealtypischen Darstellung des Konvergenzprozesses stehen den Budgetzuwächsen der Gewinnerhäuser entsprechende Verluste der Verlierer gegenüber. Dies ist in der Realität nicht der Fall. Tatsächlich haben über die Jahre 2005 bis 2007 alle Gruppen hinzugewonnen, wenn man die Entwicklung des Budgets für DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte betrachtet. Dass die Gewinnergruppen hierbei mit 7,8 % höhere Budgetzuwächse realisieren konnten als die Verlierer, liegt in der Logik der Konvergenz begründet. Doch haben auch die Verliererhäuser über den betrachteten Zweijahreszeitraum hinweg Budgetzuwächse von 3,3 % vorzuweisen (Tabelle 15–3).

Insgesamt lässt sich die Wirkung der Konvergenz deutlich erkennen. Je weiter die Gewinnerhäuser 2005 vom LBFW entfernt waren, desto größer sind ihre Budgetzuwächse. Bei den Verliererhäusern ist es erwartungsgemäß genau umgekehrt; je weiter sie zu Beginn vom LBFW entfernt lagen, desto geringere Zuwächse konnten sie verbuchen. In der Summe führt dies zu einer Verringerung der Spannweite zwischen den Häusern und wirkt somit im Sinne der Konvergenz.

Für den Umstand, dass selbst die Verliererhäuser Zugewinne verbuchen konnten, können verschiedene Ursachen ausschlaggebend sein, die bereits im letztjährigen Beitrag angeführt wurden. Neben der allgemeinen Entwicklung des Orientie-

Tabelle 15–3

Budgets für die Vergütung nach DRG, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten nach Konvergenzverlierern und -gewinnern (V5 bis G5)

	absolut (in Mio. €)			Veränderung (in %)		
	2005	2006	2007	2006 zu 2005	2007 zu 2006	2007 zu 2005
V5	4623,1	4633,4	4673,0	0,2	0,9	1,1
V4	5357,0	5438,0	5578,5	1,5	2,6	4,1
V3	5668,6	5703,0	5823,0	0,6	2,1	2,7
V2	4337,6	4422,1	4530,9	1,9	2,5	4,5
V1	4184,0	4254,6	4366,2	1,7	2,6	4,4
G1	3797,4	3876,0	3974,3	2,1	2,5	4,7
G2	3649,8	3786,0	3916,5	3,7	3,4	7,3
G3	3505,2	3637,9	3772,2	3,8	3,7	7,6
G4	3214,9	3346,4	3490,2	4,1	4,3	8,6
G5	1667,0	1795,6	1923,4	7,7	7,1	15,4
Verlierer	24170,2	24451,0	24971,6	1,2	2,1	3,3
Gewinner	15834,2	16441,9	17076,5	3,8	3,9	7,8
gesamt	40004,5	40892,9	42048,0	2,2	2,8	5,1

Tabelle 15-4

Vereinebarte Leistungsveränderungen 2005 und 2007 für die Gewinner- und Verliererquintile

	Vereinbarte Leistungs- veränderung			Anteil der Krankenhäuser mit positiver Leistungs- veränderung			Anteil der Krankenhäuser mit negativer Leistungs- veränderung		
	absolut (in Mio. €)			in %			in %		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
V5	2,2	46,6	72,6	28,1	54,1	66,7	37,8	20,7	19,3
V4	36,9	49,7	104,3	36,3	60,0	68,1	29,6	21,5	19,3
V3	25,3	41,7	67	40,7	64,4	63,7	28,1	9,6	20,7
V2	21,6	35,2	67,4	44,4	58,5	65,9	20,0	21,5	17,0
V1	16,2	26,7	47,7	41,0	66,4	64,9	32,1	17,9	18,7
G1	18,6	30,4	46,4	43,2	60,6	67,1	19,4	14,8	15,5
G2	19,1	21,8	47,4	48,4	52,3	68,4	20,6	23,2	11,0
G3	14,6	28,1	41,6	41,7	54,5	63,5	22,4	17,9	14,1
G4	24,9	24,4	32,8	45,5	55,8	66,7	17,3	14,7	13,5
G5	16,4	8,2	17,8	37,2	33,3	48,1	15,4	26,3	23,7
Verlierer	102,3	199,9	359	38,1	60,7	65,9	29,5	18,2	19,0
Gewinner	93,6	113	186	43,2	51,3	62,7	19,0	19,4	15,6
gesamt	195,9	312,9	545	40,8	55,6	64,2	23,9	18,9	17,1

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

rungrswerts LBFW⁴ resultieren sie z. B. aus der TVöD-Berichtigungsrate, der TVöD-Ost-West-Angleichung sowie der allgemeinen Veränderungsrate.⁵

Weitaus wichtiger für die Budgetentwicklung ist allerdings die Vereinbarung von geänderten Leistungsmengen. Über die Jahre hinweg hat eine steigende Zahl von Krankenhäuser von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Der Anteil der Krankenhäuser, die eine negative Leistungsveränderung vereinbart haben, ist von 23,9% in 2005 auf 17,1% in 2007 kontinuierlich zurückgegangen. Dagegen hat der Anteil der Krankenhäuser mit einer positiven Leistungsveränderung von 40,8% im Jahr 2005 auf 64,2% im Jahr 2007 stark zugenommen. In absoluten Zahlen kommt

4 „Das Vorzeichen der Entwicklung eines Landesbasisfallwerts im Zeitverlauf allein lässt keinen Rückschluss auf die Wirkungen auf die allgemeine Budgetentwicklung zu. Auch bei sinkenden LBFW können im Ergebnis steigende Budgets vorliegen und umgekehrt. Vielmehr ist entscheidend, inwieweit die Wirkungen aus den Katalogrevisionen, aus der Obergrenzenregelung, aus Rightcoding (als Casemix erhöhender Effekt ohne Leistungsveränderungen) und aus budgetwirksamen Leistungsveränderungen auf die hausindividuellen Vereinbarungen bereits bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts korrekt prognostiziert wurden.“ (Friedrich et al. 2008)

5 Geregelt in: § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG und § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB V. Die Vereinbarungen TVöD-Ost-West-Anpassung lagen für 2006 bei maximal 1% bezogen auf die Gesamtkosten. Die TVöD-Berichtigungsrate betrug 2006 0,00%, weil die Tarifsteigerungen unterhalb der Veränderungsrate lagen, und 2007 0,20%. Die Veränderungsrate lag für 2006 bei 0,63% für 2007 bei 0,64%.

dies einer Summe zwischen +195,9 Mio. € in 2005 und 545,0 Mio. € in 2007 gleich, dies entspricht einem Anteil am Budget von 0,5 % im Jahr 2006 bzw. 1,3 % im Jahr 2007 (Tabelle 15–4).

Der Anstieg der Eurobeträge für vereinbarte Mehrleistungen geht auch auf die ansteigende anteilige Anrechnung auf das Krankenhausbudget zurück, wie sie in § 4 Abs. 4 KHEntgG geregelt ist. Sie wächst während der Konvergenzphase von 21,2 % im Jahr 2005 über 34,7 % im Jahr 2006 auf 49,4 % im Jahr 2007 unter Verwendung des jeweils gültigen Landesbasisfallwerts an, was wiederum seitens der Krankenhäuser den Anreiz erhöht Mehrleistungen zu vereinbaren.

Vereinbarte Leistungsveränderungen erklären damit nicht nur Budgetveränderungen im Zeitverlauf, sondern haben auch einen starken Einfluss auf die Konvergenz. Sie gehen in das Leistungsgerüst zu 100 % ein, während das Krankenhausbudget vor Konvergenz nur anteilig erhöht wird.⁶ Vereinbarte Mehrleistungen bei Konvergenzgewinnern wirken somit der Konvergenz entgegen, während sie bei Verlierern zu einer zusätzlichen Annäherung an den LBFW führen. Die Vereinbarung eines Leistungsrückgangs wirkt genau entgegengesetzt.

15.3.2 Budgetverteilung

Wie nicht anders zu erwarten, stellen DRGs den überwiegenden Teil des Budgets dar. Betrachtet man sie zusammen mit den Entgelten für Jahresüberlieger, die auf Basis des Vorjahres-Katalogs mit ähnlichen Anteilen über DRGs vergütet werden, so erklären DRGs durchgängig circa 96 % des Budgets. Der Rest verteilt sich auf sonstige Entgelte und auf Zusatzentgelte.

Die sonstigen Entgelte machen über alle Krankenhäuser betrachtet circa 2,3 % bis 2,5 % des Budgetvolumens aus. Hierbei handelt es sich um Leistungen, für die keine bundesweit gültigen Bewertungsrelationen bzw. Preise festgelegt worden sind. Deren Vereinbarung erfolgt krankenhaushausindividuell durch die Verhandlungspartner auf Ortsebene (Tabelle 15–5).

Die Zusatzentgelte, also jene Entgelte, die additiv zu einer DRG oder einem sonstigen Entgelt abgerechnet werden können, machen einen etwas geringeren Teil des Budgets aus als die sonstigen Entgelte. Doch lässt sich hier ein Anstieg über die drei betrachteten Jahre von 1,6 % auf 2,1 % feststellen. Dabei lässt sich erkennen, dass sowohl hinsichtlich der sonstigen Entgelte als auch bei den Zusatzentgelten die Anteilswerte bei den Verliererhäusern deutlich höher liegen als bei den Gewinnern. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der Verlierergruppe V5, bei der sonstige Entgelte und Zusatzentgelte zusammengenommen rund sieben bis acht Prozent des Budgetvolumens darstellen. Auch lässt sich hierbei die steigende Tendenz der Zusatzentgelte besonders deutlich ausmachen.

⁶ Vereinbarte ein Krankenhaus einen zusätzlichen Casemix i. H. v. 100 BR, so würde der Zielwert um $100 \text{ BR} * \text{LBFW}$ steigen. Das Krankenhausbudget vor Konvergenz steigt dagegen langsamer, nämlich um $100 \text{ BR} * \text{LBFW} * 21,2\%$ (2005). Dieses Beispiel beschränkt sich auf die Vereinbarung zusätzlicher DRG-Leistungen. Für zusätzliche Leistungen im Bereich der Zusatzentgelte gilt dies analog. Die monetäre Bewertung erfolgt hier nicht auf Basis des Landesbasisfallwerts, sondern des bundeseinheitlichen Preises.

Tabelle 15–5

Budgetverteilung nach DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten 2004 bis 2006 für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %)

	DRG			Jahresüberlieger			Sonstige Entgelte			Zusatzentgelte		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
V5	90,8	90,2	89,8	2,4	2,4	2,3	4,3	4,2	4,4	2,4	3,2	3,5
V4	92,1	91,7	91,2	2,3	2,1	2,3	3,3	3,4	3,4	2,3	2,9	3,2
V3	93,3	93,2	93,0	2,5	2,3	2,3	1,8	1,6	1,7	2,4	2,8	3,0
V2	93,7	93,8	94,0	2,0	1,9	1,9	2,6	2,2	1,9	1,7	2,1	2,3
V1	94,1	94,3	94,1	2,1	2,0	1,9	2,6	2,2	2,4	1,3	1,5	1,6
G1	95,1	95,3	95,1	2,3	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7	0,8	1,0	1,2
G2	94,9	95,1	95,2	2,5	2,4	2,2	1,8	1,6	1,5	0,8	0,9	1,1
G3	95,6	95,7	95,7	2,1	2,0	1,9	1,6	1,5	1,4	0,7	0,9	1,0
G4	95,2	95,4	95,2	2,0	1,8	1,9	2,1	1,9	1,9	0,7	0,9	1,0
G5	95,5	95,7	95,7	1,6	1,5	1,6	2,1	1,9	1,8	0,8	0,9	0,9
Verlierer	92,8	92,6	92,4	2,3	2,2	2,1	2,9	2,7	2,7	2,1	2,5	2,8
Gewinner	95,2	95,4	95,4	2,2	2,0	1,9	1,9	1,7	1,6	0,8	0,9	1,1
Gesamt	93,7	93,7	93,6	2,2	2,1	2,1	2,5	2,3	2,3	1,6	1,9	2,1

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Tabelle 15–6 löst sich von der Betrachtung der Entgeltarten und blickt stattdessen auf die Art der Teilnahme an der Budgetkonvergenz als Unterscheidungsmerkmal. Dabei lässt sich feststellen, dass derjenige Anteil des Budgets, der gegen den LBFW konvergiert, im Zeitverlauf etwas abnimmt. Hierbei handelt es sich um die DRGs einschließlich der Überlieger. Praktisch keine Veränderung gibt es bei denjenigen Budgetbestandteilen, für die hausindividuelle Preise gelten, also bei den sonstigen Entgelten und einem Teil der Zusatzentgelte. Stattdessen zeigt sich in dem Rückgang der gegen den LBFW konvergierenden Budgetbestandteile abermals der bereits oben festgestellte Zuwachs bei den Zusatzentgelten, denn für die Mehrzahl der Zusatzentgelte gilt ein bundeseinheitlicher Preis, der auch als Zielpunkt der Konvergenz Verwendung findet.

Der Katalog der bundeseinheitlich bepreisten Zusatzentgelte ist über die Jahre kontinuierlich gewachsen. Zudem ist die Tendenz, Budgetteile aus dem allgemeinen, gegen den LBFW konvergierenden Budget auszugliedern, bei Verliererhäusern mutmaßlich stärker ausgeprägt als bei Gewinnern. Zwar könnten auch die Gewinner gegebenenfalls von einer solchen Vorgehensweise profitieren, doch ist der Gestaltungsdruck aufgrund der insgesamt vorteilhafteren wirtschaftlichen Lage in diesen Häusern geringer.

Darüber hinaus stellen die bez. der Vergütungshöhe hausindividuell zu vereinbarenden Entgelte i. d. R. spezialisiertere Leistungen dar als die übrigen. Insbesondere größere Häuser, die beispielsweise neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und hochspezialisierte Leistungen (HSL) anbieten, sind in den Verlierergruppen des Jahres 2005 stärker vertreten. Die überdurchschnittliche Bedeu-

Tabelle 15–6

Budgetverteilung nach Preismechanismus für die Gewinner- und Verliererquintile 2005 bis 2007 in %

	Konvergenz gegen LBFW			Konvergenz gegen bundesweiten Preis			Keine Konvergenz: hausindividuelle Preise		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
V5	93,2	92,6	92,1	1,4	1,8	2,0	5,3	5,6	5,9
V4	94,4	93,8	93,5	1,4	1,6	1,9	4,3	4,6	4,6
V3	95,7	95,5	95,3	1,5	1,7	1,8	2,8	2,8	2,9
V2	95,7	95,7	95,9	1,1	1,3	1,5	3,2	3,0	2,7
V1	96,1	96,3	96,0	0,9	1,0	1,1	3,0	2,7	2,9
G1	97,4	97,3	97,1	0,5	0,7	0,8	2,1	2,0	2,1
G2	97,4	97,5	97,4	0,6	0,7	0,8	2,0	1,9	1,8
G3	97,7	97,7	97,6	0,5	0,6	0,7	1,8	1,7	1,6
G4	97,2	97,2	97,1	0,5	0,6	0,6	2,3	2,2	2,3
G5	97,1	97,2	97,2	0,5	0,6	0,5	2,4	2,3	2,2
Verlierer	95,0	94,8	94,5	1,3	1,5	1,7	3,7	3,7	3,8
Gewinner	97,4	97,4	97,3	0,5	0,6	0,7	2,1	2,0	2,0
Gesamt	96,0	95,8	95,6	1,0	1,1	1,3	3,1	3,0	3,1

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

tung der hausindividuellen Preise gerade in den Gruppen V4 und V5 ist ein Ausdruck dieses Effekts.

15.4 Entwicklung der Basisfallwerte

Abbildung 15–2 zeigt die Entwicklung der Basisfallwerte im Zeitverlauf, die eine deutliche Konvergenz erkennen lässt. Den Konvergenzfortschritt kann man an dem deutlichen Rückgang der Spannweite zwischen den Basisfallwerten der Gruppen V5 und G5 ablesen. Betrug diese 2005 noch 913,03 €, so sank sie 2006 auf 663,29 € und 2007 weiter auf 434,77 €.

Diese Annäherung der hausindividuellen Basisfallwerte ist aber nicht nur eine Konsequenz aus der Konvergenz gegen den jeweiligen LBFW, sondern resultiert auch aus der Entwicklung der Orientierungswerte selbst. Denn auch die Landesbasisfallwerte haben sich im Zeitverlauf aufeinander zubewegt. Lag die Spannweite der für die Budgetverhandlungen relevanten LBFW mit Kappung und Ausgleich 2005 noch bei 414,81 €, so lag der Abstand 2007 bei nur noch 292,52 €. Etwas deutlicher noch ist die Entwicklung bei den LBFW ohne Ausgleich und Kappung: Hier schrumpft der maximale Abstand von 449,77 € auf 287,00 € (Abbildung 15–3).

Abbildung 15-2

Basisfallwerte ohne Ausgleiche für die untersuchten Gruppen

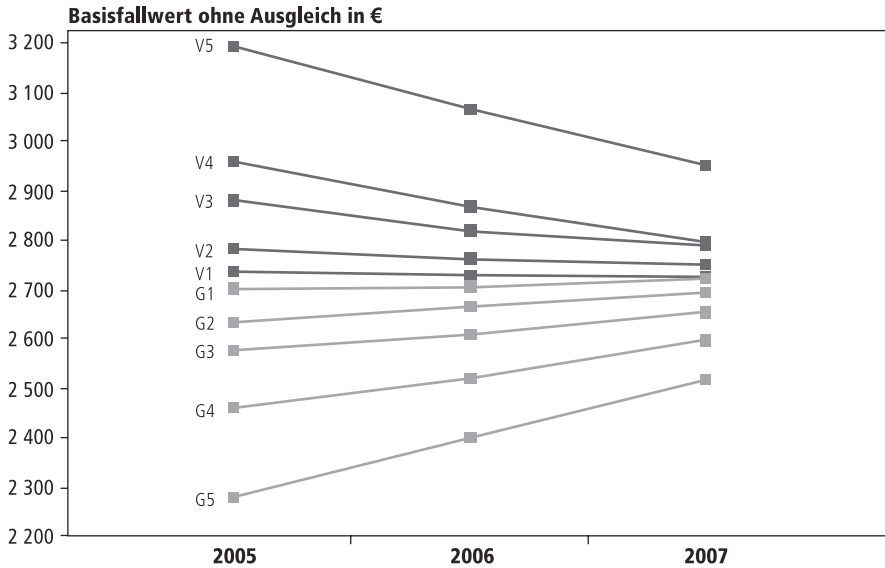
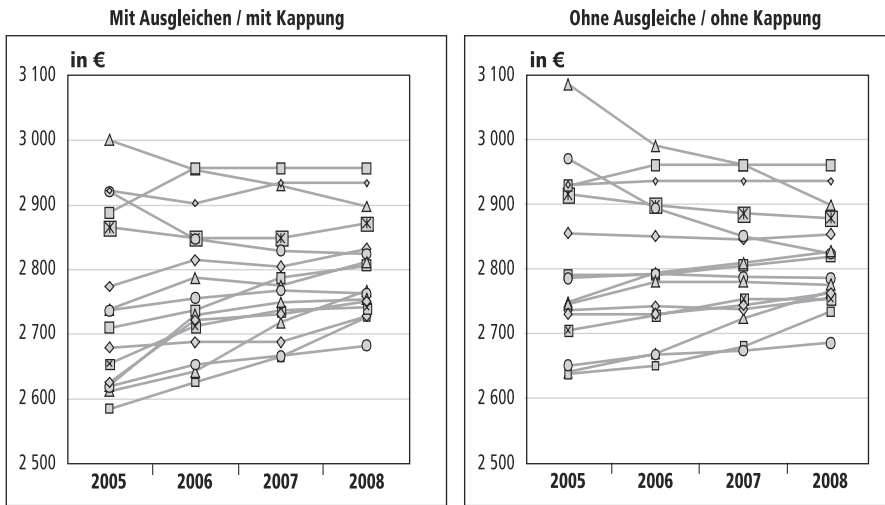


Abbildung 15-3

Entwicklung der Landesbasisfallwerte 2005-2008 (mit und ohne Ausgleiche/Kappung)



15.5 Fazit

Der Konvergenzprozess macht auch im Jahr 2007 deutliche Fortschritte, die beobachteten Gruppen von Krankenhäusern haben sich bez. der Vergütungshöhe weiter angenähert: Die Spannweite der Basisfallwerte hat sich über die drei betrachteten Jahre hinweg mehr als halbiert. Allerdings gilt dies nur für die Gesamtbetrachtung. Auf Einzelhausebene verläuft die Annäherung an den LBFW weniger stringent, was sich insbesondere am hohen Anteil von Statuswechslern ablesen lässt. Die Ergebnisse der letztjährigen Untersuchung haben sich damit verfestigt.

Im Jahr 2007 kamen fast zwei Drittel der Häuser in den Genuss einer positiven Budgetanpassung im Rahmen des Konvergenzprozesses. In der Summe sind die Krankenhausbudgets für die Bereiche DRG, sonstige und Zusatzentgelte von 2005 auf 2007 um 5,1 % angestiegen. Für diese Entwicklung ist das zunehmende Volumen an vereinbarten Mehrleistungen von größerer Bedeutung als die allgemeine Veränderungsrate bzw. TVÖD-Berichtigung. Mit der auch 2008 steigenden Budgetwirksamkeit solcher Leistungsmehrung wird sich dieser Trend künftig noch dynamischer fortsetzen. Umso wichtiger wird daher die Berücksichtigung der kostendegressiven Effekte solcher Mehrleistungen auf den Landesbasisfallwert im Rahmen der Verhandlungen.

Neben der Konvergenz von Budgets und Vergütungshöhe auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer ist auch eine deutliche Annäherung der Landesbasisfallwerte zu beobachten. Unter Fortschreibung dieser Trends ist zu erwarten, dass es auch ohne gesetzliche Regelungen zur Etablierung eines Bundesbasisfallwerts mittelfristig zu einer nahezu einheitlichen Vergütungshöhe im Bundesgebiet kommen wird.

15.6 Literatur

- Burmans S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft 2008; 6: 30–5.
- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008, 257–76.
- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. f&w 04/2007.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo) (Hrsg.) 2005.
- Heimig F. „G-DRGs2005“ Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2004.
- Heimig F. „G-DRGs2006“ Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2005.
- Heimig F. „G-DRGs2007“ Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2006.
- Leber WD, Wolff J G-DRG Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg.). Kompendium zum G-DRG System 2007, Teil III. 60
- Krankenhaus-Report 2006. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2005. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007 365–434
- Krankenhaus-Report 2007. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2006. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2007. 393–471